

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee arvamus teemal „Tööstuse muutused tervishoiusektoris“**(omaalgatuslik arvamus)**

(2018/C 227/02)

Raportöör: **Joost VAN IERSEL**Kaasraportöör: **Enrico GIBELLIERI**

Täiskogu otsus	1.6.2017
Õiguslik alus	kodukorra artikli 29 lõige 2 – omaalgatuslik arvamus
Vastutav seksioon	tööstuse muutuste nõuandekomisjon (CCMI)
Vastuvõtmine CCMI	23.1.2018
Vastuvõtmine täiskogus	14.2.2018
Täiskogu istungjärk nr	532
Hääletuse tulemus (poolt/vastu/erapooletuid)	Ühehäälselt (163 poolthäält)

1. Järeldused

1.1. Meditsiinitehnoloogia tööstusel, millele arvamuses keskendutakse, on oluline osa tervishoiusektori praegusel ümberkorraldamisel patsientide heaolu ja väärtustel põhineva Euroopa tervishoiu huvides.

1.2. Tähtis küsimus on suurel määral isikukeskne tervishoid, mis tagab võrdse ja parema juurdepääsu ja kvaliteedi. Tehnoloogia ja ulatuslikud anonüümsete andmete allikad lihtsustavad oluliselt uusi ravimeetodeid ja operatsioone ning pakuvad eeliseid kõigis ennetuse ja taastumise etappides. Taastumine toimub üha enam väljaspool haiglaid, kasutades erinevise tehnoloogiat.

1.3. Kuna tegemist on üldhuviteenustega, kaitstakse tervishoiusüsteemides hoolikalt subsidiaarsuse põhimõtet. Meditsiinisektor ja selle korraldus on suurel määral detsentraliseeritud ja killustatud. Tuleb vähendada piirkondlikke ja riiklikke tõkkeid, et optimeerida uute tehnoloogiate tulemusi ja saavutada suurem tõhusus ja tulemuslikkus kooskõlas tervishoiusüsteemide avalikult kindlaks määratud eesmärkidega.

1.4. Väga mitmesuguste asjaspepuutuvate sidusrühmade – riikide ministeeriumide, patsiendiorganisatsioonide, meditsiinitöötajate ja teiste tervishoiu valdkonna töötajate, haiglate, kindlustusettevõtjate ja järelevalvemehhanismide – olemasolev koostoime loob keerulise keskkonna tööstuse ja eeskätt VKEde jaoks.

1.5. Tööstuse ümberkujundamise protsessi puhul ollakse ühtlasi seisukohal, et selles võetakse nõuetekohaselt arvesse Euroopa tervishoiusüsteemide aluseks olevaid ühiseid väärtusi ja põhimõtteid, nagu need on määratlenud nõukogu 2006. aastal⁽¹⁾ ja mida on kinnitatud hiljuti Euroopa sotsiaalsamba raames võetud kohustustes ning kokkulepitud kestliku arengu eesmärkides⁽²⁾.

1.6. Tööstus vajab Euroopa tasandil usaldusväärse siseturu alusena, samuti selleks, et luua maailma kontekstis piisav vastupanuvõime. ELil on määrav tähtsus paremate võimaluste loomiseks ning üleminekuprotsesside juhtimiseks ja jälgimiseks.

⁽¹⁾ Vt 2. juuni 2006. aasta tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervise- ja tarbijakaitseküsimuste (EPSCO) nõukogu järeldused (2006/C 146/01) ja nende lisa Euroopa väärtuste mõju teemal.

⁽²⁾ Vt eelkõige eesmärgid nr 3, 5, 9 ja 10.

1.7. Peamised sidusrühmad ja liikmesriigid peaksid kujundama optimaalseid käsitusviise ja võtma kohustusi seoses tervishoiule ja hooldusele juurdepääsu ning nende kvaliteediga, samuti taskukohasuse ja ennetamisega. Samas kontekstis on tarvis ka spetsiaalseid lähenemisviise, sh õenduse alal, et vastata haavatavate inimeste, eeskätt eakate vajadustele. Sama olulised on optimaalsed lähenemisviisid seoses uute tehnoloogiate ja innovatsiooni, integreeritud hooldusmudelite ja liitudega, (piiriüleste) võrgustike ning (ulatuslike) era- ja avaliku sektori partnerlustega. Tuleks tagada ELi eeskirjade ja suuniste nõuetekohane kohaldamine. Kõigi nende teemade puhul peavad komisjoni talitused täitma aktiivset ja soodustavat osa.

Soovitused

1.8. Euroopa institutsioonid peaksid edendama majanduslikku tulemuslikkust, innovatsiooni, digiteerimist ja tõhusaid riigihankeid, hõlbustades samas piiriülest kaubandust meditsiiniseadmete ja tööstustoodete alal.

1.9. ELi tööstuspoliitika peab lähtuma jagatud riiklikest ja ELi pädevusvaldkondadest Euroopa Liidu toimimise lepingu artikli 168 raamistikus. Sarnaselt peaks ELi innovatsioonipoliitika olema toetav. ELi vahenditest rahastamine – programm „Horisont 2020“ jt – tuleb nõuetekohaselt kooskõlastada ning ühitada riiklike programmidega.

1.10. Tööstus hakkab digitaalse ühtse turu strateegiast saama väga suurt kasu. Edendada tuleks (suur)andmete vaba liikumist liidus, austades patsientide privaatsust ja turvalisust.

1.11. Kõrgetasemelise tehnoloogiaga seotud projektide käivitamisel mängivad tähtsat rolli riigihanked. Komisjon peaks kõikjal liidus tagama kooskõlas direktiiviga 2014/12 tõhusad riigihanked.

1.12. Riikide lähenemisviiside laiemal taustal on ka mitmeid piirkonnapõhiseid algatusi. Komisjon peaks edendama edukate kogemuste jagamist. Soodustada tuleb kahepoolseid kontakte avaliku ja erasektori tervishoiuasutuste vahel.

1.13. Euroopa poolaasta ja riigipõhiste soovituste⁽³⁾ raames tuleks uurida ka tehnoloogiliste muutuste mõju tervishoiusüsteemide ümberkujundamisele.

1.14. Komisjon peab eesmärgiks võtma tõhusa sisemise kooskõlastamise. Ta peaks soodustama dialoogi ja platvorme ülikoolide, kohalike omavalitsuste, sotsiaalpartnerite ja meditsiinitehnoloogia tööstuse vahel. Need võivad anda eeskujul tihedaks koostööks avaliku sektori osalejate, nagu riikide tervishoiu-, rahandus- ja tööstusministeeriumid, ning erasektori vahel.

1.15. Inimtegur on väga oluline. Üleminekuks uut laadi tervishoiule ja hooldusele on vaja avatud mõtlemist ja uusi tööviise tööstuses kõikidel tasanditel ning tervishoiu ja hooldusega seotud töö ümberkujundamist. Alates 2006. aastast toimuvat Euroopa sotsiaaldialoogi tervishoiu ja sotsiaalteenuste valdkonnas tuleb tugevdada, pidades silmas asjakohaseid haridus- ja koolitusprogramme ning töötajate ja -kohtade kvaliteedi parandamist.

2. Praegune olukord

2.1. Komitee on mitmes arvamuses arutlenud viimaste arengute üle tervishoiusektoris⁽⁴⁾. Käesolevas arvamuses keskendutakse konkreetselt praegustele põhjalikele ümberkorraldustele meditsiinitehnoloogia tööstuses.

2.2. Ainuüksi Euroopa meditsiinitehnoloogia sektoris töötab rohkem kui 575 000 inimest ligikaudu 26 000 ettevõttes. Tööstuses on valdavad VKEd, kes tegutsevad koos suurte ettevõtetega.

⁽³⁾ Riigipõhised soovitused.

⁽⁴⁾ ELT C 181, 21.6.2012, lk 160, ELT C 242, 23.7.2015, lk 48, SOC/560 „Jätkusuutlikud sotsiaalkindlustus- ja sotsiaalkaitsesüsteemid digiajal“ (ELT-s seni avaldamata), ELT C 133, 9.5.2013, lk 52, ELT C 434, 15.12.2017, lk 1.

2.3. Sektori maht on hinnanguliselt rohkem kui 100 miljardit eurot. 2015. aasta positiivne kaubandusbilanss 14,1 miljardit eurot oli 2006. aastaga võrreldes kahekordne ning ületas märkimisväärselt Ameerika Ühendriikide kaubanduse 5 miljardi euro suurust ülejääki. Sektoril on suurepärsed tulevikuväljavaated.

2.4. Teadusuuringuid hoogustavad nii pidev sammhaaval toimuv innovatsioon kui ka murranguline ja äritegevuses järske muutusi põhjustav innovatsioon. Ent sageli võtab see ka olemasolevate struktuuride, nt ülikoolihaiglate baasil tekkivate võrsefirmade vormi. Patentide arv näitab innovatsiooni antavat lisaväärtust. 2015. aastal esitati meditsiinitehnoloogia valdkonnas 12 474 patenditaotlust. See arv on ligikaudu 17 % suurem kui digitaalkommunikatsiooni ja arvutiside valdkonnas ning ligikaudu 55 % suurem kui ravimite ja biotehnoloogia valdkonnas⁽⁵⁾.

2.5. 2015. aastal moodustasid tervishoid ja pikaajaline hooldus 8,7 % ELi SKPst ning 15 % valitsemissektori kogukuludest. Kulukama ravi, vananeva elanikkonna ning krooniliste haiguste ja komorbiidsuse järsu sagenemise tõttu võib see 2060. aastaks tõusta kuni 12,6 %-ni SKPst⁽⁶⁾. Rahaliste piirangute tõttu tuleb tervishoiu pakkumisel üha enam toime tulla eelarvesurvega. See võib viia lühiajaliste eelarvekärbeteni, mis mõjutavad negatiivselt teadus- ja arendustegevuse kulutusi.

2.6. Normiks on saanud suurte äriühingute ja VKEdede koosloome ja koostöö. Äriühingud keskenduvad kapitalimahukate riistvara- ja tarkvaraplatvormide loomisele, samal ajal kui VKEd keskenduvad konkreetsetele sihtotstarbelistele platvormidele.

2.7. Erinevused riikide vahel on märkimisväärsed. Samuti erinevad riigiti suurel määral tervishoiusüsteemid ja finantsstruktuurid ning tehnoloogia olukord, sealhulgas uuenduslike lahenduste kasutuselevõtmine ja valdavad meditsiinitavad.

2.8. Lisaks võimalustele on meditsiinitehnoloogia tööstus silmitsi ka suurte probleemidega. Tegemist on eraldiseisva tööstussektoriga, tingituna avaliku sektori osalejate suurest osakaalust, sidusrühmade paljususest, Euroopa väärtuste mõjust⁽⁷⁾ ja riigi rahanduse jätkusuutlikkuse vajadusest, samuti hoolikalt kaitstud subsidiaarsuse põhimõttest ning sageli detsentraliseeritud ja tavaliselt piirkonnapõhistest ökosüsteemidest.

2.9. Piirkonnad on viljakas alus koostööle. Ent koondumisalgatuste puudumine ja piirkondlik killustatus takistavad sageli uuenduslike VKEside, sest nende suutlikkus tõmmata ligi omakapitaalinvesteeringuid on otse seotud nende suutlikkusega luua digitaalsetele tervishoiulahendustele laiemaid turge.

2.10. Erinevalt Ameerika Ühendriikidest, kus suur osa tervishoiust on korraldatud erakindlustussüsteemide kaudu, rahastatakse Euroopas tervishoidu peamiselt avaliku sektori vahenditest.

2.11. Meditsiinitehnoloogias toimuvat arengut hoogustab tihe suhtlus kõikide sidusrühmade vahel. Ökosüsteem on põhjalikult muutumas, arvestades digiüleminekut hoogustavaid uusi osalejaid. Sektoris tuleb leida tundlik tasakaal turujõudude ja avaliku huvi vahel, mis seisneb nõudmises tagada kõigile taskukohane tervishoid.

2.12. See peab toimima keskkonnas, mis hõlmab tööstust, arste, haiglaid, suurema mõjuvõimuga patsiente ja patsiendiorganisatsioone ning kindlustusettevõtjaid (sh riiklikud kohustuslikud sotsiaalkindlustussüsteemid) – teisisõnu tegutseb keeruka süsteemi raames palju üksteisega suhtlevaid sidusrühmi.

2.13. Tehnoloogia ja innovatsioon on selle konkreetse ökosüsteemiga lahutamatu seotud. Innovatsiooni peamine hoogustaja ei ole enam pakkumise pool. Praegused tavad näitavad liikumist nõudluse poole suunas, mis ei ole üldiselt uutele lähenemisviisidele kuigi vastuvõtlik. Lõpptulemus on tavaliselt kõigi riigi ja sageli piirkondliku tasandi sidusrühmade vahelise tiheda kooskõlastamise tulemus.

⁽⁵⁾ The European Medical Technological Industry in figures, 2015.

⁽⁶⁾ Euroopa Komisjon, 2017.

⁽⁷⁾ Vt märkus 1.

2.14. Tööstuses keskendutakse konkreetsetele lahendustele ja tööstusliku väärtusahela kõigi elementide uuendamisele. Kõigil meditsiinierialadel on oma eripära. Samal ajal on üha enam integreeritud hoolduslahendusi.

2.15. Süsteemi toimimist katsetatakse pidevalt. Tööstusel ei ole kaugeltki kerge tagada vastavust kõigile nõuetele, samal ajal kui õiguslikud kohustused vahel kattuvad.

3. ELi tööstuspoliitika

3.1. Komitee tervitab ELi praegust keskendumist tervishoiu tulemuslikkuse parandamisele rohkema innovatsiooni, suurema (kulu)tõhususe, parema juurdepääsu ja paremate digitaaluskuste abil⁽⁸⁾. Digitaalse ühtse turu strateegia loob uusi võimalusi, aga ka väljakutseid.

3.2. ELi tööstuspoliitika võib lähtuda jagatud riiklikest ja ELi pädevusvaldkondadest Euroopa Liidu toimimise lepingu artikli 168 raamistikus⁽⁹⁾. Sellega paralleelselt suurendatakse koostööd WHO ja OECDga. EL ja riikide ametiasutused peaksid aktiivselt võitlema kahjuliku killustatusega. Soovitav on objektiivne mõõtmine.

3.3. Tuleb soodustada tööstuse tulemuslikkust, samuti tööstuse ning riiklike ja piirkondlike sidusrühmade koostööt. ELi rahastamismehhanismid ja riiklik rahastamine peaksid üksteist täiendama. Euroopa, riiklikud ja piirkondlikud eesmärgid tuleks koondada ühte raamistikku.

3.4. Tööstust puudutavad ka mitmed tervishoiusektori direktiivid ja suunised, milles käsitletakse tervist ja ohutust,⁽¹⁰⁾ patsientide õigusi,⁽¹¹⁾ privaatsust ja intellektuaalomandi õigusi. Meditsiini-seadmetega seotud projekte kaastahastatakse eeskätt Euroopa Ühenduse teadusuuringute, tehnoloogiaarenduse ja tutvustamistegevuse seitsmenda raamprogrammi (2007–2013)/programmi „Horisont 2020“ ning ühtekuuluvuspoliitika rahastamise raames. Akadeemiliste ja meditsiini-tehnoloogiate osas on ravimitööstusele olnud eriti kasulik programm „Horisont 2020“. Alates 2015. aastast on Euroopa Innovatsiooni- ja Tehnoloogiainstituut (EIT) olnud väga aktiivne piirkondlike algatuste rahastamisel⁽¹²⁾.

3.5. ELi tööstuspoliitikal on määrav tähtsus, arvestades rahalist toetust ja tehnoloogilisi saavutusi konkureerivates jurisdiktsioonides. Hiinas soodustatakse strateegiaga „Hiina 2025“ kodumaised tootemarke ja pakutakse haiglatele stiimuleid, et nad eelistaksid Hiina tööstust ja tõkestaksid välisinvesteeringuid. See võib olla raske lõök Euroopa ettevõtjatele. Arvestades praegust ja kasvavat protektsionismi Ameerika Ühendriikides, on raske rääkida võrdsetest võimalustest Atlandi-ülesel tasandil. Digipööre on käimas ka Ameerika Ühendriikides⁽¹³⁾. Ameerika Ühendriikide ettevõtjatel on lihtne Euroopa turule pääseda. Google on uus tugev konkurent. ELi kaubanduslääbirääkimistega tuleb tagada, et Euroopa toodang üldise tervishoiu tagamisel on ajakohane.

3.6. Andmete optimeerimine suurendab kõigi Euroopa-põhiste ettevõtjate võimalusi⁽¹⁴⁾. Digitaalsed terviseosüsteemid on väga kulukad. Terviseandmete killustatus ja nende piiriülesed tõkked takistavad koostalitlusvõimega seotud jõupingutusi ja Euroopa VKEsid. Tulevased isikukesksed meditsiinilahendused – parem ennetamine, täpsem diagnoosimine ja uued ravivõimalused – võivad palju andmete ja vahendite koondamisest kogu ELis. Võrreldes USA ja Hiinaga on see koondamine jäänud suhteliselt tagasihoidlikuks.

⁽⁸⁾ Vt 2. juuni 2006. aasta tööhõive, sotsiaalpoliitika, tervise- ja tarbijakaitseküsimuste (EPSCO) nõukogu järeldused (2006/C 146/01) ja nende lisa Euroopa väärtuste mõju teemal.

⁽⁹⁾ Euroopa Liidu toimimise lepingu rahvatervist käsitleva XIV jaotise artikkel 168.

⁽¹⁰⁾ Hiljutit võttis nõukogu vastu veel kaks tööstust märkimisväärselt mõjutavat õigusakti: üks uute seadmete ja teine *in vitro* diagnostika kohta.

⁽¹¹⁾ Seoses sellega vt põhiõiguste harta artikkel 35, dokument 2012/C 326/02, ja 2002. aasta Euroopa patsientide õiguste harta.

⁽¹²⁾ EIT teadmis- ja innovaatikakogukond tervise valdkonnas (EIT KIC Health) loodi 9. detsembril 2014.

⁽¹³⁾ Vt Goldman Sachsi uuring, 1917: „A digital healthcare revolution is coming – and it could save America \$300 billion“.

⁽¹⁴⁾ Vt komisjoni 2011. aasta märtsi teatis „Euroopa andmepõhise majanduse rajamine“ ja komitee vastus TEN/630.

3.7. Avaliku ja erasektori sidusrühmade partnerlusi tuleb hoolikalt hinnata ja jälgida seoses nende suutlikkusega luua innovaatilisi ja jätkusuutlikke lahendusi, seoses tööstuseesmärkide saavutamise ning kasuliku suhtluse ja teabevahetusega.

4. Innovatsioon ja vajadus jätkusuutlike pikaajaliste lahenduste järele

4.1. Praegu on tervishoiusüsteemi tehtavad tehnoloogilised investeeringud piiratud 2–3 %-ga tervishoiu kogukuludest. Innovaatiliste lahenduste valik puudutab üksikasjalikult iga meditsiinivaldkonda, ⁽¹⁵⁾ mõjutades suuresti meditsiinieriala tulevikku ning haiglate ja tervishoiusektori korraldamist üldiselt. Kõikjal liidus võetakse kasutusele uusi ärimudeleid.

4.2. Finantssurve võib viia odavamate lühiajaliste lahenduste kasutamiseni ja seetõttu väiksema innovatsioonimääran. Lisaks ei aita mitme liikmesriigi stiimulid nõuetekohaselt innovatsioonile kaasa, vaid võivad viia meditsiinivajaduste täitmata jätmiseni või vähenenud kasutegurini patsientide jaoks ning viimaks kulukama ravini. Soovitav on kahepoolne teabevahetus ning algatuste jagamine Euroopa tasandil.

4.3. Sektoris tuleks innustada tulemuslikku piirkondlikku koostööd ja nn *eluslaboreid*. EIT soodustab koostööd, edendades – muu hulgas *keskuste* kaudu – arengut kiirendavaid lahendusi ja koostoiimet, samuti dialoogi, platvorme ja üksikprojektide omavahelisi seoseid.

4.4. Digitaalne innovatsioon, eeskätt seoses m-tervise rakendustega, võib aidata tegeleda krooniliste haigustega seotud riskiteguritega. M-tervis ja kaugeire toetavad ennetamist ja võivad vähendada vajadust koormava ravi järele hilisemas etapis.

4.5. Teadus- ja arendustegevus ning innovatsioon ei ole end iseseisvalt edasiviivad jõud. Nõudluse poolel – mille moodustab peaaegu üksnes avalik sektor – esineb sageli soovimatust riske võtta ja suundumust valida odavam lahendus.

4.6. Vahel tuleb ületada avaliku sektori asutuste usaldamatus. Meditsiinitöötajad võivad aeglustada innovatsiooni, mis võib põhjustada töömeetodite muutumist, näiteks kirurgia valdkonnas, või tuua kaasa täiesti uusi, näiteks robotikat hõlmavaid ravimeetodeid. Samuti võivad innovatsioonitahet pärssida meditsiinispetsialistide suhtes kohaldatavad finantssätted. Ka kindlustusettevõtjad ei ole alati koostöövalmid. Lühidalt on innovatsiooni suhtes loomuliku avatuse tagamiseks sageli vaja kultuurimuutust, et saada sellest täiel määral kasu.

4.7. Kasulik oleks anda ülevaade erinevatest kasulikest innovaatilistest lahendustest, mis soodustavad elukvaliteedi parandamist, haiguste ennetamist, oodatava eluea paranemist ja pikenedamist ning kulu ja hinna suhte paranemist.

4.8. See on kooskõlas ka kulutustele vastava tulu põhimõttega. Tervishoid ja hooldus on olnud ja võimalik, et on endiselt kõige kiiremini kasvav sektor riiklikes eelarvetes. Rahandus- ja tervishoiuministeeriumides ning sidusrühmade hulgas peaks olema valdav ühine teadlikkus vajadusest innovatsiooni ja pikaajaliste lahenduste järele patsientide jaoks.

4.9. Sellest vaatenurgast on vältimatult vajalikud Euroopa vahendid ning asjaomasel juhul nende ühendamine riiklike vahenditega.

5. Riigihanked

5.1. Ligikaudu 70 % maailma meditsiinitehnika müügist toimub riigihankemenetluste kaudu ja 70 % otsustest nendes juhtumites tehakse hinna alusel ning mõlemad näitajad on suurenemas. See toob tavaliselt kaasa konkurentsivõime ning innovatsiooni/uute tehnoloogiate vähenemise, mille tulemuseks on suuremad kulud ja väiksem lisaväärtus patsientide jaoks ⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁵⁾ Vt muu hulgas strateegiline teadusuuringute kava programmi „Horisont 2020“ raames, COCIR, september 2016.

⁽¹⁶⁾ „Procurement, The Unexpected Driver of Value Based Health Care“, Boston Consulting Group – MedTech Europe, 2015.

5.2. Suurenevad kulud peaksid olema haiglate ja tervishoiusüsteemide jaoks stiimul, et loobuda meditsiinitoodete ostmisest esialgsete ostukulude põhjal⁽¹⁷⁾. Olulised on järgmised aspektid:

- märkimisväärne kokkuhoid, kui ostmise lühiajaline tulu asendatakse asjakohaselt prognoositud pikaajaliste eelistega;
- innovaatilised lahendused, et edendada kvaliteeti kombineeritult olelusringi kogukuludega;
- ostjate piisavad asjakohased teadmised, millest sageli jääb puudu;
- läbipaistvad ja mittediskrimineerivad läbirääkimised pakkumise ja nõudluse poole vahel.

5.3. Tulemuste tagamiseks tuleks esmatähtsaks pidada pädevaid ostjaid, kes keskenduvad uusimatele ja tõendatud kasuteguriga uuendustele. Teataval määral võib ostjat käsitada ühenduslülina patsiendi ja tarnija huvide vahel, kes tagab kokkuhoiu ja soodustab tulemusi.

5.4. Pakkumusi tuleb käsitleda terviklikkuse seisukohast, milles võetakse arvesse toodete ja teenuste kvaliteeti ja kulusid kogu nende olelusringi jooksul. See toetab ka vajadust integreeritud hoolduse järele, mida toetab Integrated Care Alliance⁽¹⁸⁾.

5.5. Kõik sidusrühmad jagavad vastutust kasutajate ja partnerite vajaduste tuvastamiseks pakkumismenetluse raames. See on keeruline protsess mitmetahuliste küsimuste tõttu, mis kaasnevad kulude arvutamise ja kvaliteedi hindamisega mitmesugustes meditsiinisektori valdkondades. Selleks on vaja õiget suhtumist kõigi sidusrühmade hulgas. Palju abi on parimate tavade jagamisest Euroopas ning avatud riikidevahelistest aruteludest ja teabevahetusest ELi tasandil.

6. Digiteerimine

6.1. Tehnoloogiliste muutuste ning digiteerimise järsu ja horisontaalse mõju tõttu on vaja kõigi tervishoiusektori sidusrühmade põhjalikku pühendumist ja osalemist.

6.2. E-tervishoid võimaldab spetsialistidel patsientide ja kolleegidega eemalt suhelda. See aitab levitada eksperditeadmisi ja hõlbustada teadustööd. E-tervishoid loob väga mitmesuguseid uusi lahendusi ning on kahtlemata kasvu soodustav tegur. Ühtlasi leevendab see tervishoiueelarvete koormust. M-tervis parandab kodutervishoidu. Sellel on otsustav tähtsus patsientide liikuvuse edendamisel, ent seejuures peavad olema tagatud patsientide privaatsus ja turvalisus.

6.3. Komisjon leiab, et lõhe digiülemineku võimaluste ning tervishoiu- ja hooldussüsteemide tegeliku olukorra vahel on praegu endiselt suur⁽¹⁹⁾. Takistusi on palju: riiklikud õigusaktid, rahastamis- ja maksesüsteemid, traditsioonilised lähenemisviisid meditsiini- ja avalikus sektoris, turu killustatus ja kasvufirmade puudumine. Sektori huvides on jälgida, et üleminek toimub õigesti, vältimaks mitterahuldavaid tulemusi ja võimalikku suuremat töökoormust.

6.4. Teisalt, kuna tervishoid on juba praegu oluline tööstussektor (ligikaudu 10 % ELi SKPst), siis loovad ulatusliku digiteerimise väljavaated suuri võimalusi täiendavaks laienemiseks⁽²⁰⁾. Teadlikkus digiteerimise, sh tehisintellekti mõjust kasvab kiiresti⁽²¹⁾. Komisjon võttis hiljuti vastu teatise, milles käsitletakse tervishoiu ja hoolduse sektori kolme prioriteeti digitaalse ühtse turu strateegias:

- üldsuse turvaline juurdepääs elektroonilistele terviselugudele ja piiriülese jagamise võimalus ning e-retseptide kasutamise võimalus;

⁽¹⁷⁾ Tervishoiusektor ei ole sugugi ainus sektor, milles selliseid tavasid rakendatakse. *Madalaima hinna* valimise tava on valdav enamikus Euroopa riigihangetes. See on üks peamisi põhjuseid Euroopa õigusaktide koostamiseks – vt iseäranis 2014. aasta riigihankedirektiiv.

⁽¹⁸⁾ Vt muu hulgas „European Blue Print“, sidevõrkude, sisu ja tehnoloogia peadirektoraat (6. peatükk, allpool) ja www.integratedcarealliance.org.

⁽¹⁹⁾ Vt European Industry: Working Group 2 – Digital Industrial Platforms, 5. peatükk. „Overview of the Strategy in „Digital Transformation of Health and Care““.

⁽²⁰⁾ Vt Working Group 2, lk 31.

⁽²¹⁾ Vt muu hulgas „Blueprint on Digital Transformation of Health and Care for the Ageing Society, a Strategic Vision developed by Stakeholders“, Brüssel, 5.–8. detsember 2016.

- toetus andmetaristule kõrgetasemelise teadustöö, haiguste ennetamise ning isikukeskse tervishoiu ja hoolduse eesmärgil põhivaldkondades;
- patsientide ja tervishoiuteenuse osutajate vahelise tagasiside ja suhtluse edendamine, ennetamise ja patsientide mõjuvõimu toetamine ning kvaliteedi- ja patsiendikeskne hooldus, keskendudes kroonilistele haigustele ja tervishoiusüsteemide parematele tulemustele.

6.5. Tegevuskavas märgitakse, et juhul kui EL ei kooskõlasta tõhusa innovatsiooni ning majandus- ja tööstuspoliitika suundi tervishoiu ja sotsiaalhooletandepoliitikasuundadega ning kasutajate ja patsientide vajadustega, on meie majandusmudelid ja meie elanikkonna elukvaliteet ohus. See on oluline küsimus, mida tuleb käsitleda⁽²²⁾. OECD järeltab, et valitsustel on juhtimise seisukohast oluline osa, et võimaldada IKT tõhusat kasutamist tervishoiusüsteemide muutmiseks ja ümberkujundamiseks⁽²³⁾. OECD märgib aga, et tehnoloogiliste lahenduste killustatus ja kiiresti arenev olemus, millele lisandub asjaolu, et puuduvad kogu tööstust hõlmavad standardid ja kooskõla IKT-süsteemide käsitlevate olemasolevate eeskirjadega, võib viia suurema ebaõnnestumise ohu ja kehvade tulemusteni⁽²⁴⁾.

6.6. Juba on tehtud mitmesuguseid edukaid e-tervishoiu algatusi. Ent riikide ja piirkondade vahel on märkimisväärseid erinevusi. Euroopa tööstuse digiteerimise projektis käivitati hiljuti vastastikmõju ja koostoime edendamiseks raamstrateegia, samuti algutati uus mudel erinevate ELi algatuste ühendamiseks koos tööstuse selgete kohustuste ning liikmesriikide ja piirkondlike strateegiatega⁽²⁵⁾.

6.7. Mõiste *tööstus 4.0* eeskujul on komisjon nüüd loonud mõiste *tervishoid 4.0*. ELi programmid on tulekul. Koostoime saavutamiseks on vaja kõigi asjaomaste peadirektoraatide üksmeelt. Edendada tuleb tehnoloogiaplatforme, mis toimivad paralleelselt riiklike ja piirkondlike algatustega, ning (piiriüleste) võrgustike loomist. Hiljuti loodud töökond peaks edendama sarnaseid arengusuundi⁽²⁶⁾.

6.8. Mitmeid ELi katseprojekte ja algatusi ei ole täielikult ellu viidud, ehkki uute algatustega on alustatud. Jätksuutlikum meetod oleks kehtestada alalised mehhanismid, et toetada tööstust ja innovatsiooni, sealhulgas rakendamist.

6.9. Suurandmetel on märkimisväärne potentsiaal täiendavateks radikaalseteks muutusteks meditsiiniteenustes. On tähtis, et elektroonilised terviselood oleksid turvaliselt hallatud ja kaitstud kooskõlas terviseandmete haldamise protokollidega, mis täidavad valitsuse eeskirjade nõudeid⁽²⁷⁾. Olulised on täienduskoolituse strateegiad,⁽²⁸⁾ iseäranis andmehalduse ja patsientide privaatsust käsitlevate standardite, pilvekeskkonna ja suurandmete säilitamise tehtavate turvainvesteeringute alal.

6.10. Statistika tõendab, et tervishoiusektor on iseäranis haavatav küberrünnakute suhtes. Seega peab uute tööstusrakenduste puhul olema esmatähtsal kohal ka küberturvalisus.

6.11. Suurandmed toetavad isikukesksust, sealhulgas tootjate ja patsientide suhetes. See mõjutab järgmisi valdkondi:

- üleminek tervishoiuteenustelt koduhooldusele;
- üleminek üldistelt lahendustelt isikukesksele ravile;
- üleminek ravilt ennetamisele;
- piirangute kõrvaldamine haiguse või puude puhul.

⁽²²⁾ Blueprint, lk 6.

⁽²³⁾ „Improving Health Sector Efficiency, the role of Information and Communication technologies“, OECD 2010.

⁽²⁴⁾ Samas, lk 16.

⁽²⁵⁾ Working Group 2, lk 35.

⁽²⁶⁾ Tervishoiu- ja digitaalpoliitika edasise arendamise töökond, 27. veebruar 2017.

⁽²⁷⁾ Vt ka 2012. aasta andmekaitse õigusraamistik.

⁽²⁸⁾ Jätkuva kutsealase arengu strateegiad.

6.12. Digiteerimine ja suurandmed mitte üksnes ei soodusta individuaalsete andurite ja seadmete üha ulatuslikumat levikut, vaid neil on ka oluline osa uutes diagnoosimise, teadusuuringute ja ennetamise viisides ning patsientide mõjuvõimu ja isehaldamise toetamises, tehes seejuures võimalikuks integreeritud hoolduse optimaalsed lahendused. Koostalitluse seisukohast on kriitiline tähtsus patsientide andmete vahetamisel.

6.13. Euroopa parimad tavad ja vastastikune surve, samuti objektiivsed hinnangud ja katseprojektid on väga kasulikud, eeldusel et need katseprojektid viiakse täiel määral ellu.

7. Sotsiaalne mõju ja oskused

7.1. Tööstuse ümberkorraldamisel on sotsiaalne mõju nii meditsiinitööstuses eneses kui ka tervishoiusektoris laiemalt. Nagu teisteski tööstussektorites, nõuavad digiteerimisest tulenevad uued ärimudelid töötingimuste ja tööturumehhanismide kohandamist ning eri tasandi sotsiaalpartnerite kaasamist.

7.2. Tehnoloogial ja uuendustel on tavaliselt tugev mõju tervishoiusektori enese töötajate olukorrale. Lisaks tihedamalt seotud sidusrühmadele, nagu haiglad ja kliinikud, ning koos nende sidusrühmadega võib tööstus aidata töötajaid ette valmistada keskkonnas ja ravis toimuvateks muutusteks.

7.3. Tarvis on spetsiaalseid lähenemisviise ja vahendeid, et vastata haavatavate inimeste, eeskätt eakate vajadustele (vanadekodud) – neile tuleks osutada spetsiaalset isikustatud laadi toetust ja abi. Professionaalsete õendusteenuste osutamiseks on tarvis sihtkoolitust uute tehnoloogiate rakendamiseks selle patsientikategooria puhul.

7.4. Tervishoid ja hooldus on ELi ühed suurimad töökohtade pakkujad. 2025. aastaks ennustatav puudujääk, mis hõlmab kuni 2 miljonit tervishoiutöötajat ja 20 miljonit hooldustöötajat, on suur probleem kogu sektori jätkusuutliku tulevase arengu jaoks⁽²⁹⁾.

7.5. Optimeeritud tervishoiu- ja hooldussüsteemid saavad märkimisväärset kasu väga oskusliku ja motiveeritud hooldussüsteemi panusest ja pühendumusest. Sageli on tervishoiu ja hoolduse valdkonna töökohad ebakindlad, halvasti tasustatud ja üsna koormavad. Ebakõla tõttu vajaduste ja nõutud töö(kvaliteedi) vahel on vaja tervishoiu ja hooldusega seotud töö ja korraldus ümber kujundada.

7.6. IKT ja arukad organisatsioonid võivad aidata luua atraktiivsemaid ja tootlikumaid töötingimusi ning paremaid töökohti. Uutest tehnoloogiatest tulenevalt tajutavaid ohte ja probleeme ning kõiki küsimusi tuleb käsitleda kõikehõlmava teave ja nõustamise abil kooskõlas eri tasandi tervishoiutöötajate õigustega.

7.7. Uutel oskustel, kohandatud töömeetoditel ja patsientide mõjuvõimu suurendamisel on suur mõju. Neid protsesse on võimalik edukalt ellu viia vaid kõigi asjaomaste osapoolte kohustumise korral. Võetavad kohustused peaksid tulenema riiklikest, sektori- või ettevõttepõhistest kokkulepetest ja/või lahendustest, mille abil valmistatakse töötajaid ja tervishoiuorganisatsioone tulevasteks muutusteks nõuetekohaselt ette. Alates 2006. aastast on toiminud ELi haigla- ja tervishoiusektori valdkondliku sotsiaaldialoogi komitee.

7.8. Väga olulised on haridus ja praktika ning pidev koolitus. Soovitavad oleksid ühised Euroopa haridus- ja koolitusmudelid. Asjaomaste osalejate vahel tuleks edendada teabevahetust teadlikkuse suurendamise ja parimate tavade kohta Euroopas nendel teemadel. Haridust ja koolitust käsitleti 2016. aasta sotsiaalpartnerite ühisavalduses⁽³⁰⁾.

7.9. Töötajate osalemise paljutöötavate meetodite edendamisel võib olla kasu ka kogu ELi hõlmavatest parimatest tavadest tervishoiu ja hoolduse valdkonnas süsteemide arendamise ja arukate organisatsioonide kohta.

⁽²⁹⁾ Blueprint, lk 19.

⁽³⁰⁾ Vt sotsiaalpartnerite HOSPEMi (Euroopa haiglate ja tervishoiu valdkonna tööandjate ühendus) ja EPSU (Euroopa avaliku sektori töötajate ametiühing) 2016. aasta novembri ühisavaldust kõigi ELi tervishoiutöötajate jätkuva kutsealase arengu ja elukestva õppe kohta. Lisateabe saamiseks tervishoiusektori töötajatesse investeerimise vajaduse kohta vt ÜRO/ILO/WHO/OECD ühisaruanne „Working for health and growth: investing in the health workforce“.

7.10. Vajaduse tõttu säilitada uute IKT-lahenduste suhtes avatud meel peaksid kõigil tervishoiu- ja hooldusspetsialistidel olema digitaaloskused ja nad peaksid olema kursis uusimate tehnoloogiatega. Patsientide mõjuvõimu suurendamisel on lisaks kõikide spetsialistide oskustele vaja ka õiget meelsust ja vastavaid pädevusi.

7.11. Paralleelselt tervishoiuspetsialistidega on vaja arendada meditsiiniteadmisi IT-valdkonnas, et optimeerida IT-vahendite kasutamist tervishoius ja hoolduses.

7.12. Samuti tuleb ajakohastada tööhõivet mitteametliku ja sotsiaalse hoolduse valdkonnas. Ebaproportsionaalselt suureneb mitteametlik hooldus, samuti patsientide mõjuvõimu suurendamine. Mõlemad võivad oluliselt parandada vananeva põlvkonna, sealhulgas nii puuetega kui ka tervete eakate liikuvust. Mõiste „hõbedane majandus“ ei vaja selgitust.

Brüssel, 14. veebruar 2018

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee
president
Georges DASSIS
